

ID Femme:

Projet de recherche : Participation des hommes dans les soins de sante maternelle au Burkina Faso

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (copie pour l'équipe de recherche)**

Nous aurons besoin de votre signature, pour pouvoir démontrer que vous avez bien compris l'étude et que vous êtes d'accord à participer.

**Déclaration du participant:**

J'ai lu/écouté lire la fiche de consentement éclairé relative à cette étude, et je comprends ce qui me sera demandé, ainsi que les implications liées à ma participation. Je donne mon consentement à participer à cette étude. Je comprends que ma participation est volontaire, et que mes données personnelles seront traitées de façon confidentielle.

**Votre nom et prénom:** \_\_\_\_\_

**Votre signature:** \_\_\_\_\_ **Date:**       
(Jour) (Mois) (An)

**Déclaration de l'enquêtrice:**

Je confirme que j'ai expliqué personnellement au participant le but et les implications de l'étude, les procédures, les risques potentiels et les avantages, et le traitement confidentiel des informations personnelles.

**Initiales de l'enquêtrice:** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:**       
(Jour) (Mois) (An)

**Pour les femmes analphabètes :**

Je confirme que la femme a compris l'explication orale et donne son consentement éclairé à participer à l'étude.

**Nom et prénom d'un témoin impartial :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:**       
(Jour) (Mois) (An)

**Qui puis-je contacter si j'ai un problème ou une question ?** L'équipe de recherche d'AFRICSanté est disponible à répondre à vos questions concernant l'étude. Veuillez contacter Marina Daniele (Tel. 64 02 44 75), ou Dr Rasmané Ganaba, (Tél. 76 64 75 20).

ID Femme:

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (copie pour la participante)**

Nous aurons besoin de votre signature, pour pouvoir démontrer que vous avez bien compris l'étude et que vous êtes d'accord à participer.

**Déclaration du participant:**

J'ai lu/écouté lire la fiche de consentement éclairé relative à cette étude, et je comprends ce qui me sera demandé, ainsi que les implications liées à ma participation. Je donne mon consentement à participer à cette étude. Je comprends que ma participation est volontaire, et que mes données personnelles seront traitées de façon confidentielle.

**Votre nom et prénom:** \_\_\_\_\_

**Votre signature:** \_\_\_\_\_ **Date:**

--	--

--	--

--	--

  
(Jour) (Mois) (An)

**Déclaration de l'enquêtrice:**

Je confirme que j'ai expliqué personnellement au participant le but et les implications de l'étude, les procédures, les risques potentiels et les avantages, et le traitement confidentiel des informations personnelles.

**Initiales de l'enquêtrice:** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:**

--	--

--	--

--	--

  
(Jour) (Mois) (An)

**Pour les femmes analphabètes :**

Je confirme que la femme a compris l'explication orale et donne son consentement éclairé à participer à l'étude.

**Nom et prénom d'un témoin impartial :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:**

--	--

--	--

--	--

  
(Jour) (Mois) (An)

**Qui puis-je contacter si j'ai un problème ou une question ?** L'équipe de recherche d'AFRICSanté est disponible à répondre à vos questions concernant l'étude. Veuillez contacter Marina Daniele (Tel. 64 02 44 75), ou Dr Rasmané Ganaba, (Tél. 76 64 75 20).